

**Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica – Vertente Nefrológica***

Relatório de Estágio

**Autocuidado na Manutenção do Acesso Vascular para  
Hemodiálise**

**Ana Soraia Silva**

**Lisboa**

**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização de Enfermagem Médico-  
Cirúrgica – Vertente Nefrológica***

Relatório de Estágio

**Autocuidado na Manutenção do Acesso Vascular para  
Hemodiálise**

**Ana Soraia Silva**

Orientador: Maria Saraiva

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CVC – Cateter venoso central
- DFG – Débito do filtrado glomerular
- DM – Diabetes *mellitus*
- DRA – Doença renal aguda
- DRC – doença renal crónica
- FAV – Fístula arteriovenosa
- HTA – Hipertensão arterial
- PAV – Prótese arteriovenosa
- TFG – Taxa de filtração glomerular
- TSFR – Terapias de substituição da função renal

# ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS .....	4
RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUÇÃO .....	7
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	9
1.1 Doença Renal Crónica.....	9
1.2 Hemodiálise.....	10
1.3 Fístula Arteriovenosa .....	11
1.4 Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem .....	12
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO .....	15
2.1 Hospital A - Unidade de Diálise Peritoneal .....	16
2.2 Hospital A - Unidade de Transplante Renal.....	19
2.3 Hospital A - Unidade de Hemodiálise.....	23
2.4 Hospital B - Unidade de Diálise.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32
APÊNDICES.....	35

## **ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS**

Figura 1 - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem .....	14
Figura 2 - Cronograma da distribuição temporal dos locais de estágio.....	15
Gráfico 1 - Número de Transplantes Renais por Ano entre 2011 e 2017 .....	20

## RESUMO

O doente renal crónico depende de um tratamento para sobreviver. Com o passar dos anos e os avanços tecnológicos, as técnicas de substituição da função renal foram evoluindo e foram surgindo novas modalidades que permitem assegurar a vida do doente. Para a realização das diferentes técnicas é fundamental a existência de um acesso para hemodiálise com o qual é necessário ter cuidados específicos para evitar complicações associadas, consideradas como uma das maiores causas de morbilidade nas pessoas com doença renal.

Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel crucial, sendo fundamental que desenvolva competências no âmbito dos cuidados aos acessos para hemodiálise, com o intuito de detetar precocemente possíveis complicações e alterações nos mesmos, envolvendo a pessoa doente nos cuidados com o objetivo de promover o seu autocuidado.

A promoção do autocuidado na manutenção do acesso vascular para hemodiálise revela-se fundamental para o sucesso do tratamento, contribuindo para a redução de complicações e morbilidades, garantindo uma melhor qualidade de vida à pessoa doente.

Este documento pretende refletir o meu percurso ao longo do estágio, documentar a aquisição de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente nefrológica, bem como expor as ações de formação desenvolvidas, dirigidas tanto aos profissionais como às pessoas doentes, com o objetivo de promover o autocuidado dos acessos vasculares para hemodiálise, como forma de prevenir complicações.

**Palavras – chave:** Doença renal crónica, hemodiálise, fístula arteriovenosa, autocuidado.

## **ABSTRACT**

The chronic kidney patient depends on a treatment to survive. With the passing of the years and technological advances, renal function replacement techniques have been evolving and new modalities have emerged to ensure the patient's life. In order to perform the different techniques, it is essential to have a vascular access for hemodialysis which it is necessary to have specific care to avoid associated complications, considered as one of the major causes of morbidity in people with kidney disease.

In this context, nurses play a crucial role, and it is essential that they develop competencies in the field of care for hemodialysis accesses, with the aim of detecting possible complications and changes early, involving the sick person in the care to promote their self-care.

The promotion of self-care in the maintenance of vascular access for hemodialysis proves to be fundamental for the success of the treatment, contributing to the reduction of complications and morbidities, guaranteeing a better quality of life for the sick person.

This document intends to reflect my course throughout the internship, to document the acquisition of skills of nurse specialist in medical and surgical nursing, in the nephrological aspect, as well as to expose the training actions developed, aimed at both professionals and sick people, with the objective of promoting self-care of vascular accesses for hemodialysis, as a way to prevent complications.

**Key - words:** Chronic kidney disease, hemodialysis, arteriovenous fistula, self - care.

## INTRODUÇÃO

O presente documento encontra-se inserido na unidade curricular Estágio com Relatório do 3º semestre do 7º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Trata-se do relatório de estágio onde é descrito todo o desenrolar do estágio, bem como as reflexões realizadas sobre a prática.

Os avanços tecnológicos e científicos constantes na área dos cuidados exige ao enfermeiro a atualização constante de conhecimentos e competências com o intuito de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. O enfermeiro assume o dever descrito no Código Deontológico do Enfermeiro (2009, p. 10) de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. A procura constante por novos conhecimentos e aprendizagens reflete-se no crescimento pessoal e profissional, devendo ser encarada como uma forma de estar na profissão e na vida. Tal como referido no Código Deontológico do Enfermeiro (2009, p. 6) o enfermeiro assume o dever de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”.

A pessoa com doença renal crónica em estadio terminal depende de um tratamento para sobreviver, quer seja hemodiálise, diálise peritoneal, transplante renal ou tratamento conservador. A hemodiálise é o tratamento mais frequente a nível mundial, exigindo a construção de um acesso vascular que permita aceder à corrente sanguínea da pessoa para garantir o tratamento. A evolução dos tratamentos levou a que se desenvolvessem três tipos de acessos vasculares para hemodiálise: fístulas arteriovenosas, enxertos arteriovenosos e cateter venoso central provisório ou de longa duração.

Cada acesso vascular exige cuidados específicos que visem prevenir e detetar precocemente eventuais complicações que possam colocar em causa a sua funcionalidade e a própria vida do doente. Frequentemente é possível identificar dificuldades sentidas pelos doentes no que diz respeito aos cuidados a ter com o seu acesso vascular. O défice no autocuidado do acesso vascular pode levar a que surjam complicações no acesso, tais como infeção ou trombose. Estas complicações exigem frequentemente a administração de antibioterapia e até mesmo a intervenção angiográfica ou cirúrgica, com o aumento de custos em saúde, aumentando ainda o risco de falência do acesso.



O enfermeiro, sendo o profissional com maior contacto com o doente e com o seu acesso vascular, tem um papel crucial na identificação das principais dúvidas e dificuldades do doente no que ao autocuidado do acesso vascular diz respeito. Incentivar o doente a participar nos cuidados com o acesso, sendo capaz de identificar precocemente possíveis complicações ou alterações, revela-se fundamental para a manutenção do acesso.

Tendo em consideração a minha experiência enquanto enfermeira a prestar cuidados a doentes submetidos a hemodiálise, no decorrer da qual vivenciei várias situações em que o doente demonstrava dificuldade em cuidar do seu próprio acesso, bem como o gosto pessoal pela área dos acessos vasculares, senti necessidade de desenvolver competências nesta área de cuidados.

Senti igualmente que no serviço onde desempenho funções, a promoção do autocuidado na manutenção do acesso vascular para hemodiálise, não era suficientemente valorizada pelos profissionais de saúde, que não se mostravam despertos para a necessidade de envolver os doentes nos cuidados ao seu acesso. Neste sentido optei por desenvolver ações de formação junto dos profissionais que me permitissem alertá-los para a importância do autocuidado, bem como para as principais complicações e cuidados a ter com os diferentes acessos vasculares. Para além do investimento na formação dos pares, procurei também realizar ensinamentos estruturados aos doentes, validando as suas dúvidas, desfazendo mitos e procurando promover o autocuidado.

Neste sentido, e tal como planeado na unidade curricular Opção II que decorreu durante o 2º semestre do referido curso, com o estágio pretendi atingir as seguintes competências de enfermeira especialista, definidas pela Ordem dos Enfermeiros:

- ✓ Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar;
- ✓ Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- ✓ Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

O presente documento encontra-se estruturado em dois pontos, inicia-se com o enquadramento do tema e dos conceitos-chave que serviram de base a toda a pesquisa bibliográfica e, posteriormente, apresento o relato das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como a reflexão sobre a prática realizada no decorrer do mesmo.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 Doença Renal Crónica

De acordo com a National Kidney Foundation (2002), a doença renal crónica é definida através da presença de lesão renal e alteração da função renal, isto é, a presença de anormalidades estruturais do rim leva à diminuição da função renal, avaliada através da taxa de filtração glomerular (TFG), sendo um valor de TFG inferior a 60ml/min/1,73m<sup>2</sup> durante pelo menos três meses, indicador de presença de doença renal.

A doença renal consiste na perda da função renal, que habitualmente se vai observando de modo gradual em ambos os rins, todavia, um rim saudável é capaz de manter a correta função dos dois órgãos. Existem duas formas da doença; a doença renal aguda (DRA) em que por algum motivo o rim perde subitamente a sua função, mas recupera-a gradualmente num período de pelo menos 3 meses, e a doença renal crónica (DRC) em que o rim vai perdendo progressivamente a sua função sem capacidade de recuperar. A etiologia da doença renal crónica é variada, mas as patologias mais comuns na sua etiologia são a glomerulonefrite, a pielonefrite, os rins poliquísticos, a diabetes *mellitus* (DM) e a hipertensão arterial (HTA).

O rim tem uma grande reserva funcional, ou seja, tem uma grande capacidade de se adaptar às alterações que vai sofrendo. Muitas vezes as manifestações desta doença só ocorrem quando existe uma capacidade funcional do rim de cerca de 15 ou 20%. Assim, quando diagnosticadas, as doenças anteriormente referidas, o indivíduo deverá ser acompanhado pelo médico nefrologista de modo a iniciar um tratamento conservador da função renal, atrasando o máximo possível, o uso das terapias de substituição da função renal (TSFR).

A DRC compreende diferentes estádios de gravidade, segundo a classificação proposta inicialmente pela National Kidney Foundation (K/DOQI, 2002) e corrigida posteriormente pela KDIGO (em 2004 e, mais recentemente, em 2012). Assim, a DRC implica a existência de alterações patológicas renais, estruturais (ex: alterações ecográficas) ou funcionais (ex: proteinúria) com duração > 3 meses e/ou débito do filtrado glomerular (DFG) <60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (fórmulas MDRD, CockcroftGault ou, mais recentemente, Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration fórmula ou CKDEPI).

O aumento progressivo da DM, da HTA e da esperança média de vida nas sociedades dos países desenvolvidos têm sido o fator crucial para o aumento da incidência e prevalência da DRC. Sabemos que estas patologias provocam alterações renais e que o avanço da idade vai reduzindo a função renal.

Portugal apresenta, face à maioria dos países da Europa, uma das maiores taxas de incidência da DRC Terminal com 226,5 casos por milhão de habitante (pmh) e taxas de prevalência de 1661,9 casos pmh (Coelho, *et al* 2014). Estima-se que 1 em cada 10 adultos seja insuficiente renal crónico, sendo que em Portugal 14 000 doentes realizam terapias de substituição da função renal (TSFR).

O estadio 5 representa o estágio final da doença exigindo uma terapia de substituição da função renal perdida. Essa função pode ser mantida de 3 formas, através da diálise peritoneal, a hemodiálise ou do transplante renal (Direção-Geral da Saúde, 2012).

## **1.2 Hemodiálise**

De acordo com a Fresenius Medical Care, a hemodiálise “constitui a terapêutica de substituição renal mais frequente a nível mundial. (...) define-se como um processo em que se altera a composição de uma solução, quando esta é posta em contacto com outra através de uma membrana semipermeável.” (Fresenius Medical Care, 2011:59)

A hemodiálise é uma modalidade de tratamento que habitualmente leva à deslocação do doente aos centros de diálise, que podem ser em clínicas ou em hospitais, pelo menos, 3 vezes por semana durante 4 horas. A filtração do sangue dá-se através das membranas de um filtro sintético, que é conduzido através de um circuito extracorporal, com ponto de saída e de entrada num acesso vascular. O acesso vascular para hemodiálise pode necessitar de punção, no caso das fístulas arteriovenosas (FAV) e das próteses arteriovenosas (PAV), ou não, como é o caso dos cateteres venosos centrais (CVC).

A incidência desta modalidade de tratamento continua a aumentar, com mais de 200 pmh após 91 dias de início da terapia. Segundo Macário (2013), a idade média dos doentes sob esta modalidade ronda os 67 anos e o cateter venoso central continua a ser o acesso vascular disponível no início do tratamento, sendo que, em doentes prevalentes o número de FAV aumentou e de CVC diminuiu.

### 1.3 Fístula Arteriovenosa

Para a realização do tratamento de hemodiálise é fundamental que se consiga aceder à circulação sanguínea do doente, só assim será possível realizar as trocas fundamentais que ocorrem entre o sangue e as membranas durante o tratamento de hemodiálise.

Desde os primórdios da hemodiálise que se realizaram tentativas de obter um acesso vascular para hemodiálise que fosse de fácil construção, prático de usar, livre de complicações e com baixo risco de infeção. A primeira fístula arteriovenosa foi concebida em 1966 por Brescia e Cimino, sendo que nos últimos 20 anos, na impossibilidade de se construir uma fístula arteriovenosa, tem-se recorrido a enxertos de politetrafluoretileno ou a cateteres centrais para hemodiálise.

Existem, assim, três tipos de acesso vascular para hemodiálise: fístula arteriovenosa, prótese arteriovenosa e cateter venoso central provisório ou de longa duração.

De acordo com Schon et al (2007:1),

um acesso estável é vital para a saúde a longo prazo dos doentes submetidos a hemodiálise. De entre as três modalidades – fístula arteriovenosa (FAV), enxerto de politetrafluoretileno (PTFE), e cateter, a fístula arteriovenosa é amplamente reconhecida como sendo superior devido à sua grande rentabilidade, baixa taxa de infeção, e aos poucos eventos que exigem hospitalização, e consequente redução da mortalidade.

Segundo Sousa et al (2013:1796-1797), a fístula arteriovenosa é unanimemente considerada pela comunidade científica como o acesso vascular de excelência para hemodiálise. Este acesso providencia durabilidade superior, menos infeções, trombose e hospitalização em comparação com os cateteres venosos centrais e as próteses. Ainda de acordo com os mesmos autores, para minimizar problemas com o acesso vascular, é necessária uma estreita colaboração entre os profissionais de saúde e os doentes em hemodiálise para potenciar a sua vigilância.

As *guidelines* da *National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Initiative* (2006), citadas pela Fresenius Medical Care (2011:124), relativamente aos acessos vasculares para hemodiálise, recomendam a construção preferencial de FAV, em detrimento dos enxertos vasculares, bem como a vigilância e a prevenção da trombose e da infeção, bem como a restrição máxima no uso de cateteres de longa duração. Os autores

reconhecem, assim as fístulas arteriovenosas como sendo os acessos vasculares para hemodiálise de excelência.

#### **1.4 Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem**

Com o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento das populações, as doenças crónicas tornam-se cada vez mais frequentes, exigindo cuidados de saúde especializados e adequados às especificidades das diversas patologias. A necessidade de terapêutica permanente, de monitorização e vigilância por parte dos profissionais de saúde e os períodos de agudização da doença que levam a internamentos frequentes, sobrecarregam os serviços de saúde, aumentando assim os custos em saúde. (Simmons, 2009).

O envolvimento da pessoa doente na gestão da sua situação de saúde parece trazer benefícios, promovendo uma melhor adaptação à doença e uma melhor gestão da mesma. Uma gestão eficaz do processo de doença contribui para que existam menos agudizações e menos perdas funcionais, diminuindo, por conseguinte, os gastos em saúde. Neste sentido, a promoção do autocuidado da pessoa doente torna-se fundamental.

No caso da pessoa com doença renal crónica, a promoção do autocuidado torna-se fundamental para o sucesso do tratamento, seja qual for a modalidade de tratamento adotada. O envolvimento da pessoa doente, bem como da sua família, na gestão de aspetos como a terapêutica medicamentosa, o regime dietético, os cuidados ao acesso vascular para diálise e a adaptação à técnica de substituição da função renal adotada, deve ser promovido pelos enfermeiros que as acompanham.

Com o intuito de compreender melhor a importância do autocuidado para o sucesso do tratamento, bem como o papel do enfermeiro na promoção do mesmo, optou-se por fundamentar o trabalho desenvolvido ao longo dos diferentes campos de estágio com a Teoria do défice de Autocuidado de Enfermagem desenvolvida por Dorothea Orem.

Dorothea Orem, teórica de enfermagem, desenvolveu a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem entre 1959 e 1985. Orem defende que a pessoa tem uma capacidade natural de se autocuidar, e que os cuidados de enfermagem se devem focar naquilo que afeta essa capacidade. (Orem, 2001).

De acordo com Orem (2001), citada por Queirós, Vidinha e Filho (2014:159), o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham

deliberadamente por si próprias, ou que alguém a executa por elas, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. A autora define o autocuidado como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que as iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal.

A necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionada com a sua situação de saúde, ou com os cuidados de saúde de que necessitam, pelo que passam a ser parcial ou completamente incapazes de cuidar de si próprias. Esta é a ideia central da Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem.

Esta teoria é composta por três teorias interrelacionadas, são elas a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como é que as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit do Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem.

Segundo Simmons (2009), a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem pode orientar os cuidados de enfermagem em diversos aspetos e pode contribuir para o envolvimento da pessoa doente nos diferentes estádios do processo de saúde/doença.

De acordo com a Teoria do Déficit do Autocuidado em Enfermagem podem ser identificados três tipos de prática da ciência da enfermagem: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educativo. Estes tipos de prática de cuidados podem ser dirigidos a diferentes tipos de pessoas doentes: àquelas que dependem de cuidados de enfermagem e que são incapazes de se autocuidar, devido à doença ou a incapacidade permanente; àquelas que necessitam de um apoio parcial para se recuperarem da sua doença; e àquelas que são capazes de assegurar o autocuidado mas que necessitam de acompanhamento e educação para a saúde. Na figura 1 é possível identificar os três tipos de prática da ciência da enfermagem: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educativo, bem como as diferentes teorias que compõem a teoria em estudo.

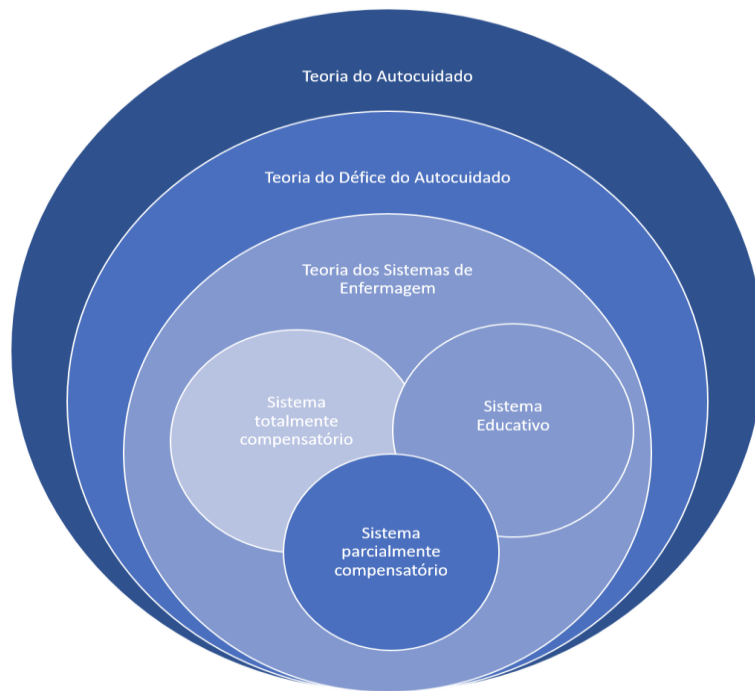


Figura 1 - Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem

Orem (2001) identificou três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos de autocuidado podem ser definidos como os objetivos que se pretendem alcançar através das ações de autocuidado realizadas pela pessoa ou por alguém por si.

A compreensão dos diferentes tipos de requisitos subjacentes ao autocuidado torna-se fundamental para a compreensão da complexidade da teoria. Os requisitos que se encontram associados à integridade estrutural ou funcional humana, e que tem as suas origens naquilo que é comumente conhecido, designam-se como requisitos universais e são exemplos, a ingestão adequada de comida, de água ou o equilíbrio entre o descanso e o exercício. No que diz respeito aos requisitos de desenvolvimento, consideram-se todos aqueles que promovem os processos de vida e maturação, estando associados a eventos de vida como o casamento ou a mudança de trabalho. Relativamente aos requisitos de desvio de saúde, estes dizem respeito às pessoas doentes ou incapacitadas, que vivenciam situações específicas de doença que envolvem um diagnóstico e implicam tratamento médico. A especificidade da incapacidade causada na pessoa doente, bem como o tempo que se prolonga, determinam as necessidades de cuidado face ao processo de saúde-doença.

## 2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO

A realização do estágio constitui um desafio aliciante, no sentido em que me permitiu efetuar um percurso de aprendizagens por vários serviços com o objetivo de obter experiências diversas e enriquecedoras. As experiências vivenciadas ao longo do período de estágio permitiram-me dar resposta aos objetivos de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista previamente delineados, contribuindo igualmente para o desenvolvimento de competências na área do autocuidado na manutenção dos acessos vasculares para hemodiálise.

No planeamento e na escolha dos locais de estágio procurei garantir a diversidade de experiências, com o intuito de aumentar as possibilidades de aprendizagem. Neste sentido estive dez semanas num Hospital de Lisboa, que designarei como Hospital A, passando por vários serviços na área da Nefrologia e, seguidamente seis semanas num Hospital periférico, Hospital B, na Unidade de Diálise.

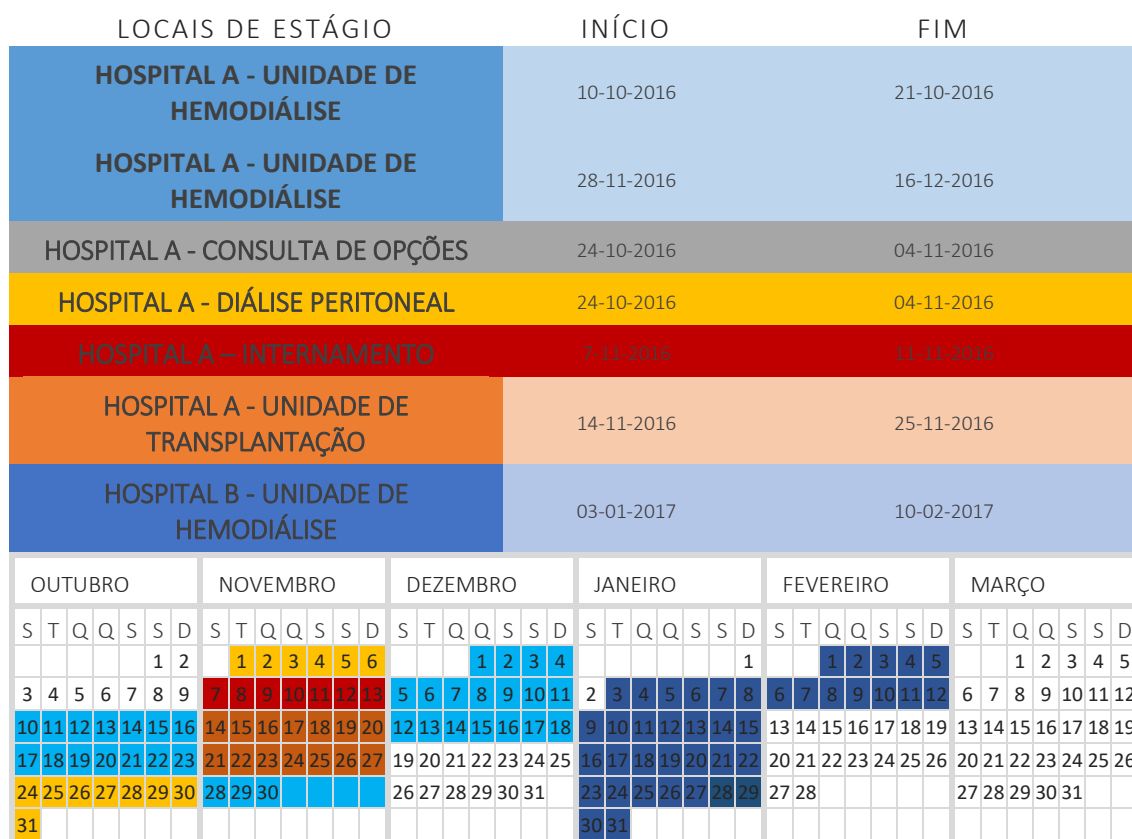


Figura 2 - Cronograma da distribuição temporal dos locais de estágio



## **2.1 Hospital A - Unidade de Diálise Peritoneal**

### **Breve Caracterização da Unidade**

A Unidade de Diálise Peritoneal, integrada no serviço de Nefrologia, encontra-se localizada no Hospital de Dia do Hospital. É composta por duas médicas nefrologistas e por duas enfermeiras que procuram dar resposta às necessidades das pessoas submetidas a esta técnica de substituição da função renal. A unidade funciona das 9h às 16h, sendo que depois deste período, os doentes que necessitem de algum tipo de apoio, se deverão descolar ao serviço de atendimento de doentes não programados.

Atualmente a unidade acompanha 63 doentes submetidos a diálise peritoneal nas suas duas modalidades, diálise peritoneal contínua ambulatoria e diálise peritoneal automatizada. As pessoas em programa de diálise peritoneal são acompanhadas pelas enfermeiras da unidade desde o momento em que é tomada a opção por esta modalidade terapêutica.

Para a realização de diálise peritoneal será necessário colocar cirurgicamente um cateter, designado cateter de Tenckoff, que permitirá o acesso a cavidade peritoneal. Este procedimento exige um curto internamento para que o procedimento cirúrgico seja realizado. Após a alta a pessoa será seguida na Unidade de Diálise Peritoneal, onde serão realizados os cuidados à ferida cirúrgica e se iniciarão os ensinamentos relativos aos cuidados com a mesma.

Quando o cateter se encontrar em condições que permitam o início da técnica dialítica, iniciam-se os ensinamentos práticos e teóricos sobre a diálise peritoneal. O programa de ensino estabelecido pela unidade prevê cinco sessões com as enfermeiras, que deverão decorrer de forma contínua, ao longo de uma semana, por um período aproximado de uma hora.

Ao longo desta semana a pessoa desenvolverá competências que lhe permitam autocuidar do seu cateter e realizar a técnica de diálise peritoneal de forma autónoma no seu domicílio. Os períodos de ensino serão sempre adequados às necessidades e às características da pessoa doente.

Após esta fase a pessoa terá ainda o acompanhamento de enfermeiros das empresas que fornecem os materiais necessários para a diálise peritoneal, através de visitas domiciliárias.

Se não existirem intercorrências com o tratamento, os doentes deslocar-se-ão de dois em dois meses à unidade para a consulta de rotina, durante a qual serão pesados, será avaliado o orifício de saída do cateter de diálise, e serão esclarecidas dúvidas ou receios demonstrados pelos doentes. Estas consultas regulares de *follow up* são fundamentais para a monitorização do tratamento.

Para além do acompanhamento dos doentes submetidos a diálise peritoneal, semanalmente, e de acordo com a Norma nº 017/2011, emitida pela Direção Geral de Saúde, decorrem na unidade as consultas de opções de modalidades terapêuticas, no decorrer das quais são explicadas à pessoa doente e à sua família quais as técnicas de substituição da função renal disponíveis, ajudando a pessoa a decidir qual será a melhor opção para a sua situação, tendo em conta as suas características pessoais, os seus antecedentes de saúde e as suas próprias necessidades.

### **Atividades desenvolvidas no decorrer do estágio**

Tendo em conta a duração do estágio, apenas duas semanas, e o facto de não ter qualquer experiência nesta modalidade terapêutica, optei por desenvolver um estágio de observação, que me permitisse compreender o funcionamento da unidade, bem como as principais necessidades dos clientes a quem são prestados os cuidados.

O objetivo específico que defini para este estágio foi: identificar as necessidades específicas do cliente submetido a diálise peritoneal. Delineando as seguintes atividades a desenvolver para atingir o objetivo estabelecido:

- Revisão da literatura sobre os princípios fundamentais da diálise peritoneal;
- Acompanhamento do cliente nas consultas de enfermagem de diálise peritoneal;
- Identificação das necessidades específicas e das principais dificuldades sentidas pelos clientes submetidos a esta técnica.

A minha experiência profissional tem sido focada em hemodiálise, pelo que os meus conhecimentos sobre diálise peritoneal eram bastante básicos e, essencialmente teóricos. No decorrer do estágio tive a oportunidade de adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre uma modalidade terapêutica que me era pouco familiar. Pude conhecer o funcionamento de uma unidade de diálise peritoneal e compreender melhor qual o papel do enfermeiro numa unidade deste tipo.

Durante a minha passagem pela unidade, pude ainda assistir a uma consulta de esclarecimento sobre as modalidades terapêuticas de substituição da função renal, o que

me permitiu compreender algumas das dúvidas e receios sentidos pela pessoa que se encontra prestes a mudar a sua vida, devido à sua situação de saúde.

Ao contactar com as pessoas submetidas a diálise peritoneal pude identificar algumas das suas preocupações e necessidades. Foi notória, para mim, a marcada preocupação com as alterações da imagem corporal que podem ocorrer com o decorrer da técnica, tal como a distensão abdominal. Alguns doentes referiam esta alteração como sendo algo que os desagradava e que os preocupava.

O risco de infeção e os cuidados a ter com o cateter de diálise peritoneal são também preocupações demonstradas frequentemente pelos doentes, sendo sempre reforçada, pelas enfermeiras ao longo da consulta, a importância dos cuidados com o orifício de saída do cateter, bem como a importância da higiene das mãos e do uso de máscara durante a realização da técnica dialítica.

As alterações do sono são também queixas frequentes dos doentes, principalmente dos que realizam a modalidade de diálise peritoneal automatizada, durante o período noturno e recorrendo a uma cicladora. O barulho causado pela cicladora em funcionamento, bem como pelos seus alarmes, é por vezes referido pelos doentes e pelos seus familiares, principalmente cônjuges, como sendo um fator de perturbação do sono.

Por outro lado, a flexibilidade de horários permitida pela técnica, e o facto de poder ser executada no domicílio, ou até mesmo no local de trabalho, é um dos aspetos mais positivos referidos frequentemente pelos doentes, que sentem maior liberdade, comparativamente, por exemplo, com a hemodiálise, que exige as deslocações regulares à clínica ou ao hospital. De acordo com Shaughnessy (2014), oferecer ao doente a oportunidade de utilizar a independência permitida pela diálise peritoneal para que realize o seu próprio tratamento, utilizando as suas capacidades, permite o aumento de atividades que promovam a sua autoestima.

Para o sucesso desta modalidade terapêutica, a promoção do autocuidado é fundamental, uma vez que será o doente, sozinho ou assistido pela sua família, que irá, no seu domicílio, assegurar a execução da técnica dialítica. Neste sentido, é fundamental que os enfermeiros promovam o autocuidado do doente, fornecendo-lhe as ferramentas necessárias para que seja capaz de executar corretamente e em segurança os cuidados necessários para o sucesso da técnica. Segundo Shaughnessy (2014), os benefícios apresentados pela teoria do autocuidado de Orem são diretamente aplicáveis à modalidade terapêutica de diálise peritoneal, desenvolvida no domicílio.

Podem ser aplicados à diálise peritoneal os três tipos de prática da ciência da enfermagem definidos por Orem na sua teoria: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educativo. Numa fase inicial, a pessoa é totalmente dependente para a realização da técnica, com o decorrer das sessões de ensino, começa a adquirir conhecimentos e competências que lhe permitam ganhar autonomia no autocuidado, dependendo ainda assim dos cuidados de enfermagem para a correta execução da técnica. Por último, deverá ser capaz de executar o tratamento de forma autónoma, garantindo o autocuidado do acesso de diálise peritoneal, bem como a monitorização do tratamento. Idealmente, nesta fase, será apenas necessária a validação dos procedimentos e o reforço dos ensinamentos.

A promoção por parte dos enfermeiros que acompanham os doentes em programa de diálise peritoneal é fundamental para garantir a adesão à técnica e aos cuidados que a mesma exige, promovendo assim o sucesso da mesma.

## **2.2 Hospital A - Unidade de Transplante Renal**

### **Breve Caracterização da Unidade de Transplante Renal**

A Unidade de Transplante Renal encontra-se integrada no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital. A unidade é composta por três camas, integradas numa sala preparada para receber os doentes submetidos a transplante renal imediatamente após a cirurgia. Trata-se assim de uma unidade preparada para prestar cuidados intensivos às pessoas transplantadas, tanto no pós-operatório imediato, como nos dias que se seguem à cirurgia.

A Unidade de Transplante Renal presta cuidados a doentes submetidos a transplante de dador cadáver, bem como de dador vivo. Nestes casos o dador fica também internado na Unidade até apresentar condições que lhe permitam ser transferido para a enfermaria de cirurgia geral.

De acordo com os últimos dados fornecidos pela Instituto Português do Sangue e da Transplantação, no período entre 2011 e 2017 realizaram-se um total de transplantes 2568 renais, como se pode ver no gráfico seguinte.

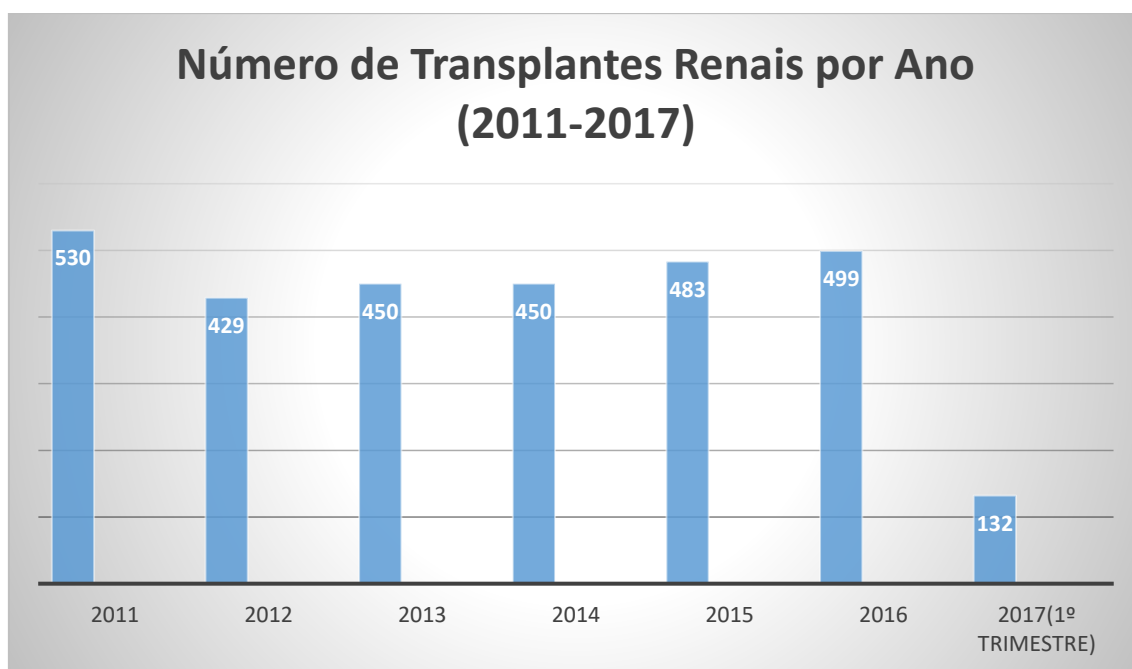


Gráfico 1 - Número de Transplantes Renais por Ano entre 2011 e 2017

Gráfico 1. Número de Transplantes Renais por Ano entre 2011 e 2017

No caso do transplante de dador cadáver, o candidato a recetor é contactado pela equipa de transplante renal quando surge um órgão que mostra ser compatível com o recetor. A pessoa, caso aceite ser submetida ao transplante, deverá deslocar-se imediatamente para o hospital, para que possam ser realizados os exames pré-operatórios necessários para que possa realizar a cirurgia.

No que diz respeito aos transplantes de dador vivo, o par dador-recetor é acompanhado na consulta de pré-transplante até que estejam reunidas todas as condições que permitam realizar as cirurgias do transplante. Quando todos os exames médicos, necessários para validar as compatibilidades e a viabilidade do transplante estão concluídos, e quando as avaliações da equipa multidisciplinar, composta por enfermeira, assistente social, psicóloga e médico, são favoráveis, é possível programar uma data para a realização do transplante.

Dador e recetor serão hospitalizados na véspera da data marcada para a cirurgia e realizarão os últimos exames médicos para despistar eventuais infeções ou outras situações que possam vir a comprometer o sucesso do transplante. Após a confirmação de que estão reunidas as condições para avançar com as cirurgias do transplante, inicia-se a preparação física, tanto do dador como do recetor, que inclui cuidados de higiene

com desinfetante protocolado, tricotomia, preparação intestinal, hidratação (no caso do dador), e a realização da técnica de substituição da função renal caso já esteja instituída.

Durante todo este processo tanto o dador como o recetor são acompanhados pelo enfermeiro que irá esclarecer todas as dúvidas que possam surgir e realizará alguns ensinamentos sobre os cuidados a adotar no pré-operatório de cada uma das cirurgias.

A Unidade de Transplante Renal apresenta protocolos bem estruturados sobre os procedimentos a realizar no pré e no pós-operatório dos doentes submetidos a transplante, nomeadamente, no que diz respeito à preparação da unidade onde será recebido o doente imediatamente após a cirurgia; aos procedimentos de isolamento e de controlo de infeção necessários para garantir a segurança do doente transplantado; e aos ensinamentos que serão necessários desenvolver com o intuito de promover o autocuidado, garantindo que no momento da alta será capaz de desempenhar um conjunto de atividades que serão fundamentais para a monitorização e vigilância do estado de saúde no pós transplante.

### **Atividades desenvolvidas no decorrer do estágio**

O estágio na Unidade de Transplante Renal decorreu durante duas semanas, durante as quais tive a oportunidade de acompanhar três doentes submetidos a transplante renal de dador vivo. Durante o período de estágio não me foi possível acompanhar nenhum transplante de dador cadáver por não ter surgido nenhum deste tipo. Apesar de se tratar de um estágio maioritariamente de observação, tive oportunidade de prestar cuidados diretos aos clientes submetidos a transplante bem como aos dadores.

Para este estágio, e tendo em conta a curta duração do mesmo, planeei apenas um objetivo específico: prestar cuidados ao cliente submetido a transplante renal. Para alcançar este objetivo defini as seguintes atividades que orientaram as minhas práticas no decorrer do estágio:

- Revisão da literatura sobre os conceitos fundamentais do transplante renal;
- Acompanhamento do cliente submetido a transplante;
- Identificação das necessidades específicas do doente submetido a transplante renal.

Foi-me possível acompanhar um par dador-recetor desde o momento de entrada até à alta, incluindo até a oportunidade única de assistir no bloco operatório à nefrectomia e ao transplante do rim no recetor.

Foi bastante gratificante ter a possibilidade de acompanhar este caso desde o momento em que ficaram internados na véspera da cirurgia, uma vez que pude acompanhar os diferentes momentos por que passaram ao longo deste período.

Tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa submetida ao transplante bem como ao dador, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados à ferida operatória, cuidados de higiene, acompanhamento a exames pós-operatório, monitorização de parâmetros vitais no pós-operatório imediato, entre outros aspetos inerentes ao cuidado do doente submetido a este tipo de intervenção. Por não ter experiência na área dos ensinamentos dirigidos ao pós-operatório da pessoa submetida a transplante renal, não tive um papel tão ativo neste tipo de cuidados, no entanto acompanhei o enfermeiro orientador durante os ensinamentos ao doente submetido a transplante.

Os ensinamentos sobre os cuidados a ter no pós-operatório e após a alta são essenciais para o sucesso do transplante. Os doentes deverão ser capazes de identificar os principais sinais de rejeição do enxerto, deverão ser capazes de avaliar a tensão arterial e a temperatura, deverão ter capacidade para gerir a medicação imunossupressora e compreender a importância de cumprir os horários da mesma. No caso de o doente não ter capacidade para desempenhar todas estas tarefas, os ensinamentos deverão ser dirigidos ao cuidador principal, com o intuito de garantir que a vigilância e os cuidados são assegurados.

De acordo com Lint *et al* (2015), vários estudos demonstram que a auto-monitorização aumenta a sensação de segurança e de controlo sobre a sua condição clínica, neste sentido é essencial que o doente esteja bem preparado, no momento da alta, para assegurar a sua autovigilância no domicílio, aumentando assim a sensação de segurança do mesmo face à sua situação de saúde.

Todos os ensinamentos são feitos com o intuito de promover o autocuidado do doente no momento após a alta. O momento de alta, para além de fatores biológicos e físicos da recuperação do doente, tem também em conta a capacidade para garantir o autocuidado no domicílio. Neste sentido o enfermeiro tem um papel fundamental na avaliação das capacidades do doente no momento da alta, garantindo que só terá alta quando se sentir capaz, sozinho ou em colaboração com o seu cuidador de referência, de assegurar o seu autocuidado.

Segundo Pasquale *et al* (2014), o transplante renal, que representa uma súbita mudança no estado físico do sujeito, com o consequente abandono do papel de doente e a recuperação da sua autonomia, pode causar stress e problemas psicológicos dificultando

a adesão a um rigoroso plano terapêutico de reabilitação pós-transplante. Durante o estágio pude verificar que os doentes submetidos a transplante se sentem bastante ansiosos sempre que se abordam as questões da alta e dos cuidados a ter no dia-a-dia após o transplante, sentindo-se por vezes inseguros.

O enfermeiro especialista em nefrologia tem um papel de relevo nestas situações, devendo capacitar o doente e a sua família para compreenderem o impacto e o tratamento necessário no pós-transplante; planejar com a pessoa como minimizar os efeitos secundários da terapêutica imunossupressora; e providenciando apoio emocional e psicológico aos doentes submetidos a transplante. Após a realização do estágio na Unidade de Transplante Renal, considero ter desenvolvido as competências acima descritas inerentes aos cuidados a pessoa submetida a transplante renal, bem como à sua família.

## **2.3 Hospital A - Unidade de Hemodiálise**

### **Breve caracterização da Unidade de Hemodiálise**

A Unidade de Hemodiálise, em funcionamento desde 1980, encontra-se integrada no Serviço de Nefrologia, funcionando no mesmo piso do internamento. A Unidade de Hemodiálise dispõe de 21 postos de diálise, distribuídos por 4 salas, três delas com capacidade para cinco doentes e uma destinada ao tratamento dos doentes infetados pelo vírus da hepatite B, com capacidade para apenas um doente por turno.

Atualmente existem aproximadamente cinquenta doentes em regime de ambulatório que dependem da Unidade de Hemodiálise para realizarem os seus tratamentos. Estes doentes apresentam, frequentemente, características específicas que não lhes permitem efetuar tratamento em clínicas privadas. Na maioria dos casos são doentes que apresentam co-morbilidades associadas que aumentam a sua instabilidade hemodinâmica, ou que iniciaram o tratamento recentemente exigindo uma maior vigilância no decorrer do mesmo. Noutros casos os doentes podem ainda não ter vaga numa clínica perto da sua área de residência, ficando na unidade, em regime de ambulatório, até que seja possível a transferência.

Para além de garantir o tratamento dos doentes em regime de ambulatório, a Unidade presta também cuidados a todos os doentes do Centro Hospitalar que necessitem de técnicas dialíticas. No caso de o doente não apresentar condições para ser trazido para



a Unidade para que possa realizar o tratamento, será destacado um enfermeiro que se deslocará ao serviço do doente para realizar o tratamento necessário.

### **Atividades desenvolvidas no decorrer do estágio**

Tinha definido como objetivos de aprendizagem para este campo de estágio os seguintes:

- Prestar cuidados ao cliente submetido a programa de hemodiálise, em contexto hospitalar, portador de FAV, promovendo o seu autocuidado;
- Desenvolver ações de formação dirigidas aos profissionais de saúde sobre a temática do autocuidado do acesso vascular para hemodiálise.

Para conseguir atingir os objetivos anteriormente referidos tracei um plano de atividades que procurei desenvolver ao longo do estágio, foram elas:

- Revisão da literatura sobre os princípios fundamentais da hemodiálise;
- Revisão da literatura sobre o acesso vascular FAV;
- Identificação das necessidades específicas do cliente com FAV;
- Identificação dos conhecimentos e das lacunas do cliente face ao autocuidado do acesso vascular;
- Acompanhamento do doente durante as sessões de hemodiálise;
- Acompanhamento do doente durante o período de internamento;
- Esclarecimento do doente sobre dúvidas, crenças ou dificuldades sentidas sobre os cuidados a ter com a FAV;
- Partilha de experiências com os colegas das unidades;
- Identificação das principais diferenças entre as várias unidades de saúde;
- Identificação das oportunidades de formação existentes nas diferentes unidades de hemodiálise;
- Elaboração de sessões de formação adequadas às características das unidades e às necessidades das mesmas;
- Participação em ações de formação que possam vir a decorrer nas unidades durante o período de estágio;
- Incentivar a participação dos colegas nas ações de formação desenvolvidas.

O estágio na Unidade de Hemodiálise decorreu durante cinco semanas, durante as quais tive oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidos a tratamento de hemodiálise.

Nas primeiras semanas de estágio foi-me possível conhecer as rotinas da unidade, os protocolos estabelecidos, bem como aprender a trabalhar com os monitores de hemodiálise, com os quais nunca tinha contactado anteriormente. A minha experiência anterior na área da hemodiálise facilitou a minha adaptação ao serviço, no entanto as rotinas, os monitores e o método de trabalho mostraram-se bastante diferentes daqueles a que estava familiarizada no meu local de trabalho.

Rapidamente incorporei a equipa, deixando apenas de observar e passando a colaborar na prestação de cuidados a diferentes doentes, que se encontravam tanto em regime de ambulatório, como em regime de internamento. Segundo Benner (2001:52) “as principiantes e as principiantes avançadas só podem apreender um pequeno aspeto da situação: isso tudo é muito novo, muito estranho, e cada vez mais têm que se concentrar nas regras que lhes ensinaram”, numa primeira fase é isto que se vivencia, é necessário aprender as regras e os protocolos da unidade para que depois se possa colaborar com os colegas refletindo sobre as práticas. Ainda de acordo com a autora, o enfermeiro “torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo do que está consciente” (Benner 2001:53).

Ao contactar com os doentes procurei sempre identificar as suas necessidades de autocuidado relativamente ao seu acesso vascular. Durante o momento da conexão do doente, e enquanto fazia a avaliação do acesso vascular, necessária para iniciar o tratamento, questionei frequentemente os doentes sobre os cuidados que tinham com o seu acesso vascular, como por exemplo se sabiam avaliar o frémito e o pulso, se tinham lavado o acesso antes da sessão, se costumavam carregar pesos com o membro do acesso.

Pude verificar que alguns dos doentes tinham algumas dúvidas sobre os cuidados a ter com o acesso vascular, nomeadamente no que diz respeito ao uso de relógios no membro do acesso, à utilização de roupa apertada e à importância de efetuarem a lavagem do acesso vascular antes do início da sessão, cuidado que é pouco incentivado na unidade.

Os enfermeiros da unidade de hemodiálise mostravam-se bastante sensibilizados para a importância da promoção do autocuidado do acesso vascular, reforçando frequentemente os ensinamentos junto dos clientes e contactando com os prestadores de cuidados sempre que o doente não apresentava condições para garantir o seu autocuidado. Por exemplo, experienciei uma situação de uma pessoa doente que trazia frequentemente

os pensos do acesso da sessão anterior, uma vez que o doente não apresentava capacidade para remover os pensos sozinhos e assegurar os cuidados de higiene adequados ao acesso, contactou-se o lar onde o doente residia e alertou-se a enfermeira responsável para a necessidade de remover os pensos do acesso nas horas seguinte à sessão.

Por vezes senti algumas dificuldades em realizar os ensinios que considerava pertinentes para a pessoa doente melhorar o seu autocuidado, devido à situação clínica da pessoa. Frequentemente os doentes encontravam-se hemodinamicamente instáveis, confusos ou agitados o que não permitia os ensinios. Neste sentido, pude compreender que nas sessões de hemodiálise em contexto hospitalar nem sempre é possível avaliar e esclarecer as dúvidas dos doentes e realizar os ensinios necessários devido às situações de doença experienciadas pelas pessoas doentes.

Comparativamente com o meu contexto profissional, em clínica de hemodiálise, senti que disponho de mais condições para realizar este tipo de trabalho junto dos doentes no âmbito da promoção do autocuidado do acesso vascular, uma vez que os doentes reúnem condições mais favoráveis aos ensinios e a sessões de formação. Enquanto futura enfermeira especialista, a superação destas dificuldades e a adequação dos ensinios a cada doente, recorrendo a conhecimentos especializados e atualizados, fará a diferença nos cuidados prestados à pessoa doente.

Devido à escassez de enfermeiros que ocorre atualmente na Unidade de Hemodiálise do Hospital A, não me foi possível realizar a formação que planeei e elaborei, com o objetivo de sensibilizar os colegas sobre a importância da promoção do autocuidado na manutenção do acesso vascular para hemodiálise. Elaborei a formação, em colaboração com a enfermeira orientadora, que reconheceu a pertinência da mesma para a unidade e para os profissionais, no entanto não me foi possível apresentá-la aos colegas devido ao reduzido número de colegas atualmente a assegurar os cuidados na sala de hemodiálise.

A escassez de enfermeiros leva a sobrecarga de trabalho para os mesmos o que verifiquei ser um fator que dificulta a promoção do autocuidado do doente. O não cumprimento dos rácios recomendados pela Ordem dos Enfermeiros (2016:46), de 4 doentes/enfermeiro, não devendo ser excedida a relação de 5 doentes/enfermeiro, leva a que exista menos disponibilidade por parte do enfermeiro para realizar ensinios estruturados e individualizados a cada doente, com prejuízo para os cuidados e para o bem-estar do doente.

A sobrecarga de trabalho a que os colegas se encontravam sujeitos também dificultou um pouco as minhas aprendizagens, visto que nem sempre tinham disponibilidade para dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem.

## **2.4 Hospital B - Unidade de Diálise**

### **Breve caracterização da Unidade de Diálise**

A Unidade de Diálise está integrada no Hospital de Dia Médico desta unidade de saúde. Trata-se de uma unidade recente, com apenas cinco anos de existência, moderna e bem equipada. A Unidade encontra-se acreditada pela *Joint Commission International*, pelo que se rege por protocolos e normas bem definidos e estruturados.

A Unidade é constituída por duas salas de hemodiálise: a sala principal contempla treze postos de hemodiálise, sendo que dois deles se localizam numa sala reservada que pode ser utilizada para doentes que se encontrem em situações que exigem isolamento; a segunda sala, mais pequena, é constituída por três compartimentos com dois postos de hemodiálise cada, dirigidos a doentes com infeções virais: vírus hepatite B, vírus da hepatite C ou vírus da imuno-insuficiência humana (HIV). Para além das salas de hemodiálise, existem ainda três gabinetes de consulta, duas salas destinadas à diálise peritoneal e uma sala de pequena cirurgia, utilizada frequentemente para a colocação de cateteres de hemodiálise.

Existem doentes a realizarem hemodiálise em regime de ambulatório, bem como doentes internados, que realizam habitualmente tratamento em clínica de hemodiálise da região, a quem a unidade presta cuidados durante o período de internamento. Existe ainda um pequeno número de doentes a realizarem diálise peritoneal a quem a unidade também presta apoio.

Frequentemente os enfermeiros são chamados a prestar cuidados a doentes durante a colocação, ou substituição de cateteres para hemodiálise, sendo responsáveis pela preparação da sala e do doente, bem como pela monitorização do mesmo durante e após o procedimento.

## **Atividades desenvolvidas no decorrer do estágio**

Os objetivos e as atividades traçados para este campo de estágio eram similares aos definidos para a Unidade de Hemodiálise do Hospital A, referidos anteriormente. No entanto foi-me possível realizar mais atividades para além das que tinha inicialmente previsto.

O estágio nesta unidade decorreu durante quatro semanas, sendo os primeiros dias de adaptação às rotinas e normas do serviço. A adaptação neste caso foi facilitada pelo facto de os monitores, bem como os materiais utilizados para o tratamento de hemodiálise, serem iguais aos que tenho disponíveis no meu local de trabalho. Neste sentido, consegui tornar-me parte integrante da equipa mais rapidamente, prestando cuidados aos doentes submetidos a hemodiálise com maior à vontade e confiança.

Para além de me ser dada a oportunidade de prestar cuidados à pessoa submetida a tratamento de hemodiálise, pude também acompanhar algumas consultas de diálise peritoneal, tanto de doentes na fase de ensino, como em situações de consulta de acompanhamento, quando o doente já é autossuficiente na realização da técnica. Foi-me ainda possível acompanhar a colocação de cateteres de hemodiálise, tanto provisórios como definitivos, o que enriqueceu o estágio.

Ao prestar cuidados aos doentes submetidos a hemodiálise pude verificar que alguns apresentavam algumas dúvidas sobre os cuidados a ter com o seu acesso vascular. Nomeadamente no caso de doentes com acesso vascular recentemente construído, ou em programa de hemodiálise à pouco tempo. Neste sentido, e com o intuito de dar resposta a estas necessidades, pareceu-me pertinente elaborar um folheto (apêndice III), destinado aos doentes, que resumisse os cuidados essenciais a ter com as fístulas e os enxertos arteriovenosos. Procurei resumir de forma sucinta e utilizando linguagem clara, os cuidados fundamentais a ter com o acesso vascular, com o intuito de garantir o seu bom funcionamento.

De acordo com Orem (2001), o enfermeiro deve ser capaz de providenciar assistência de enfermagem a quem dela necessita, contribuindo na demanda do autocuidado, compensando ou auxiliando na superação das dificuldades. Frequentemente os doentes sentem dificuldade em compreender a funcionalidade do seu acesso vascular, para muitos trata-se de algo desconhecido no seu corpo, não sabendo os cuidados a ter na sua manutenção e as complicações que podem advir na ausência dos mesmos. Neste

sentido justifica-se a implementação de um folheto que esclareça de forma simples as dúvidas dos doentes e promova o autocuidado do acesso vascular.

Durante o estágio foi-me possível participar em sessões de formação elaboradas pelos enfermeiros do serviço relacionadas com as complicações dos acessos vasculares e a monitorização dos mesmos, que se revelaram bastante pertinentes para a consolidação de conhecimentos nestas áreas.

Após avaliar as necessidades de formação dos colegas na área do autocuidado na manutenção do acesso vascular, revelou-se oportuno desenvolver uma formação (apêndice II), dirigida aos enfermeiros da sala de hemodiálise, referente à temática anteriormente referida. Adaptei a formação que tinha previsto apresentar aos colegas da Unidade de Hemodiálise do Hospital A, e que não me foi possível desenvolver devido às características atuais da equipa de enfermagem, às necessidades de formação dos colegas e às características do serviço. Os colegas mostraram-se bastante motivados e recetivos para a formação o que se tornou bastante gratificante.

O estágio nesta unidade revelou-se bastante rico em experiências, uma vez que tive a oportunidade de intervir em diferentes áreas do cuidado ao doente renal crónico em fase terminal, não ficando apenas restrita a experiências relacionadas com o cuidado aos acessos vasculares. A disponibilidade dos colegas para me receberem e partilharem as suas experiências e conhecimentos foi fundamental para o meu sucesso e crescimento durante a realização do estágio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença renal crónica implica diversas alterações na vida da pessoa doente e da sua família. Às alterações físicas e psicológicas inerentes à doença, juntam-se as alterações impostas pelo tratamento, que exige o dispêndio de muitas horas semanais o que tem impacto nas rotinas diárias e nas dinâmicas familiares. Enquanto enfermeiros, é importante que ajudemos a pessoa e a sua família a adaptar-se às mudanças trazidas pela doença, garantindo a segurança, conforto e bem-estar durante o tratamento.

No caso da hemodiálise, o acesso vascular é fundamental para a realização do tratamento. Através da revisão da literatura e das experiências adquiridas ao longo do estágio, pude comprovar a importância do autocuidado para a manutenção do acesso vascular. Torna-se fundamental que o enfermeiro tenha conhecimentos sólidos e atualizados sobre os cuidados a ter com os diferentes acessos vascular e que compreenda a importância da promoção do autocuidado para que o possa promover junto da pessoa doente, através de ações de formação e sensibilização para os cuidados a ter com o acesso vascular. O doente deve ser capacitado para o autocuidado, sendo ajudado a compreender o funcionamento do acesso vascular, quais os cuidados a ter com o membro do acesso e treinado a identificar os principais sinais de complicações para que os possa comunicar aos profissionais.

Com a realização do estágio tive a oportunidade de contactar com a pessoa com doença renal crónica nos diferentes estádios da doença, desde as consultas de opções, onde a pessoa é informada das diferentes modalidades terapêuticas que se encontram disponíveis, até ao momento do transplante renal. Pude ainda adquirir conhecimentos sobre modalidades terapêuticas com as quais nunca tinha tido contacto, como a diálise peritoneal e o transplante o que se tornou bastante enriquecedor. Com a passagem pelas unidades de hemodiálise, pude consolidar os meus conhecimentos sobre esta modalidade terapêutica e sobre os cuidados a ter com os acessos vasculares, bem como sobre a importância da promoção do autocuidado da pessoa doente. Todas estas experiências contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

As experiências vivenciadas no decorrer do estágio e os conhecimentos teóricos adquiridos através da revisão da literatura, contribuíram para que desenvolvesse competências que me permitem ter uma visão mais ampla das situações vivenciadas pela pessoa doente. Sinto-me agora mais preparada para atuar em situações de maior

complexidade, envolvendo sempre a pessoa nos cuidados e trabalhando lado a lado com a mesma para alcançar o sucesso do tratamento.

Esta experiência permitiu-me desenvolver competências direcionadas para a formação e o ensino tanto do doente como dos pares, permitindo-me estar mais capaz de colaborar na integração de novos colegas e na formação dos colegas na área dos acessos vasculares.

Foi-me também possível desenvolver competências na área da investigação, nomeadamente no que diz respeito às técnicas de pesquisa e revisão de literatura, no entanto muito ainda poderia ser feito a este nível, ficando o caminho aberto para uma possível investigação de outro tipo nesta área.

Apesar de todo o crescimento profissional e do desenvolvimento de competências que me permitirão atingir o patamar de enfermeira especialista, muito ainda tenho a aprender o que só será possível com o decorrer da prática e com a procura constante por novos conhecimentos.

Considero que alcancei os objetivos delineados inicialmente para este estágio, tendo desenvolvido as atividades a que me propus com sucesso. No que diz respeito às dificuldades sentidas, houve momentos em que se tornou bastante extenuante conciliar a minha atividade profissional com as horas de estágio, o que por vezes dificultou o planeamento das atividades previstas e a elaboração do relatório em si, visto o tempo disponível ser bastante reduzido. No entanto, com dedicação e perseverança, as dificuldades foram ultrapassadas e os objetivos atingidos.

No futuro muito ainda há a fazer, procurarei implementar ações de formação e sensibilização na unidade em que trabalho, com o intuito de alertar os colegas para a importância do autocuidado na manutenção do acesso vascular, explicitando quais os ensinamentos que deverão ser feitos à pessoa doente e à sua família. Junto do doente há também um longo percurso a percorrer, envolvendo-o nos cuidados e capacitando-o para o autocuidado do acesso, promovendo o seu bem-estar e prevenindo as complicações que podem ocorrer e que podem levar a morbilidades e até à morte.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Añel, R.L., Yevzlin, A.S. & Ivanovich, P. (2003). Vascular Access and Patient Outcomes in Hemodialysis: Questions Answered in Recent Literature. *Artificial Organs*, 27(3), 237–241.

Chamney, M.J. (2007). Competency Framework. European Dialysis & Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association.

Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z., & Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 69-79.

Coelho, A., et al (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República.

Fresenius Medical Care (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Coimbra: Almedina.

[http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAO%20E%20TRANSPLANTACAO/Colheita\\_e\\_Transplantaao\\_2016.pdf](http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAO%20E%20TRANSPLANTACAO/Colheita_e_Transplantaao_2016.pdf)

[http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAO%20E%20TRANSPLANTACAO/Colheita\\_e\\_Transplantaao\\_1oT\\_2017\(1\).pdf](http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAO%20E%20TRANSPLANTACAO/Colheita_e_Transplantaao_1oT_2017(1).pdf)

<http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-58.php>, acessado em 2/12/16

Instituto Português do Sangue e Transplantação, IP (2017 Abr). Doação e Transplantação de Órgãos. Disponível em:

Instituto Português do Sangue e Transplantação, IP (2017 Fev). Doação e Transplantação de Órgãos. Disponível em:

Lint, C.L.van (2015). Patient experiences with self-monitoring renal function after renal transplantation:results from a single-center prospective pilot study. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1721-1731.

Macário, F.(2013). Breves apontamentos do Registo Nacional do Tratamento da IRC.

Norma n.º 017/2011 de 28 de Setembro (2011). Tratamento conservador médico da insuficiência renal estágio 5. Direção-Geral de Saúde.

O'Shaughnessy, M. (2014). Application of Dorothea Orem's Theory of Self-Care to the elderly patient on peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 41 (5), 495-497.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Ordem dos Enfermeiros (2016). Manual de Boas Práticas: Cuidados à Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D.E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Pasquale, C. De; et al (2014). Role of "Self-Efficacy" in the Process of Long – Term Care in Kidney Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*, 46(1), 2235-2237.

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S. & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 157-164.

Schon, D., Blume, S.W., Niebauer, K., Hollenbeak, C.S. & Lissovoy, G. (2007). Increasing the Use of Arteriovenous Fistula in Hemodialysis: Economic Benefits and Economic Barriers. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2, 268–276.

Simmons, L. (2009). Dorothea Orem's self-care theory as Related to nursing practice in hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 36 (4), 419-21.

Sousa, C. N., Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Martins, M. M. & Dias, V. F. (2013). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1796-1802.

Sousa, C. N., Figueiredo, M. H., Dias, V. F., Teles, P. & Apóstolo, J. L. (2015). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviors anticipatory to creation of arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3674-3680.

Tayler, S.G. (2004). Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem. In Tomey, A.M. Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (211-226). Loures: Lusociência.

Woodcock, S. (1990). Por qué se centran las enfermeiras que trabajan en centro de HD en temas de cumplimiento. *Journal of Renal Care*, 1, 3.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Revisão Sistemática da Literatura**

## REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A realização desta revisão sistemática iniciou-se com a formulação da questão de investigação recorrendo ao método PICO: P – População, I – Fenómeno de interesse, Co – Contexto (The Joanna Briggs Institute, 2011): que comportamentos de autocuidado na manutenção do acesso vascular para hemodiálise são demonstrados pelas pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise? (ver tabela 1).

**Tabela 1** - Questão de Investigação

<b>P - Participantes</b>	Pessoa com doença renal crónica com fístula arteriovenosa
<b>I - Fenómeno de Interesse</b>	Comportamentos de autocuidado na manutenção do acesso vascular para hemodiálise
<b>Co - Contexto</b>	Programa regular de hemodiálise

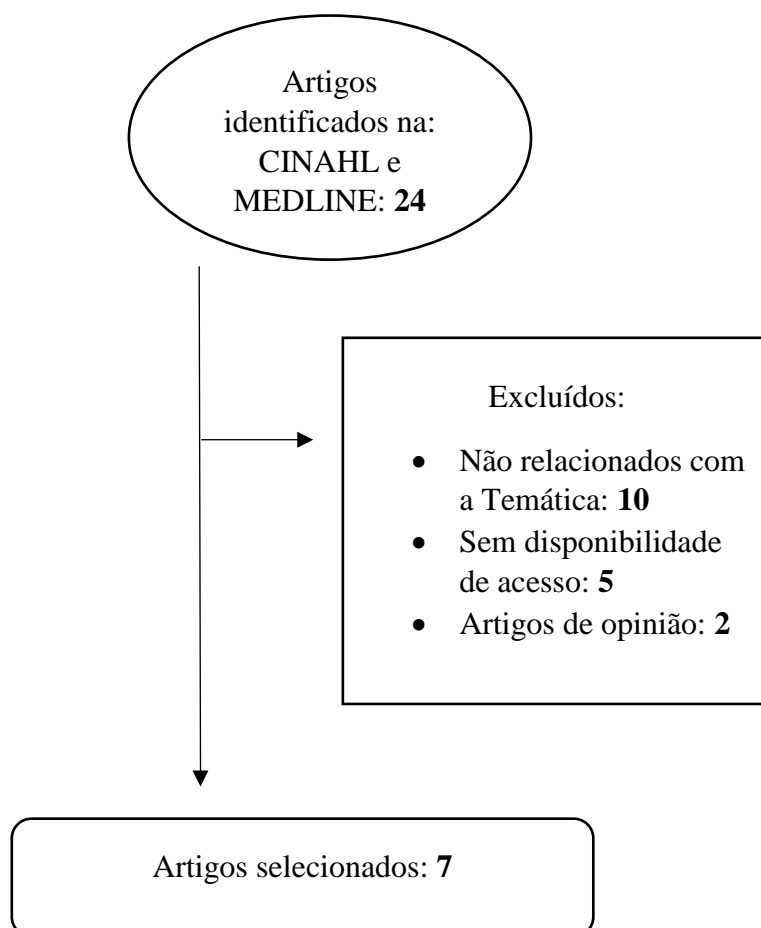
Para obter os artigos relacionados, efetuei uma pesquisa no motor de busca *EBSCOhost*, com acesso às bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, pesquisando as palavras-chave: *vascular access, arteriovenous fistula hemodialysis, self care*. Estas palavras-chave foram determinadas pelo grau de relevância nos artigos, com recurso ao *MeSH2013* e *CINAHL Headings*. Foram combinadas entre si com as expressões booleanas e truncaturas, obtendo **24** artigos. Posteriormente foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão referidos na tabela 2:

**Tabela 2** - Critérios de seleção

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Inclusão</b>	<b>Exclusão</b>
<b>Participantes</b>	Pessoa com doença renal crónica com fístula arteriovenosa	Idade inferior a 18 anos
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Autocuidado à fístula arteriovenosa	Não referencia cuidados à fístula arteriovenosa
<b>Desenho</b>	Estudos qualitativos e quantitativos, revisão da literatura	Artigos de opinião
<b>Publicação</b>	Janeiro 2010 a março de 2017	Anteriores a janeiro 2010

<b>Disponibilidade</b>	<i>Full Text</i>	Ausência de <i>Full Text</i>
------------------------	------------------	------------------------------

De seguida apresenta-se o seguinte diagrama metodológico:



Após obtenção dos artigos, estes foram lidos e transcritas as informações pertinentes em tabela que podem ser observadas em seguida (Tabela 3).

**Tabela 3: Análise dos artigos da revisão sistemática da literatura**

<b>Autor e ano</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>População em estudo</b>	<b>Conclusões</b>
Pessoa, L. e Linhares F. (2014)	Identificar o conhecimento, atitude e prática dos pacientes em hemodiálise sobre o autocuidado com a fístula arteriovenosa	Estudo descritivo com corte transversal com abordagem quantitativa	30 doentes com fístula arteriovenosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os doentes apresentavam conhecimentos insuficientes sobre os cuidados a ter na fase de maturação do acesso vascular;</li> <li>• Verificou-se a falta de conhecimentos sobre os cuidados a ter com o acesso em caso de complicações, como por exemplo, os cuidados a ter em caso de hematoma;</li> <li>• A maioria dos doentes compreendia a importância do controlo da ingestão hídrica para a manutenção do acesso vascular, no entanto assumiam não cumprir as recomendações dos profissionais nesta área;</li> <li>• Apesar dos conhecimentos inadequados, os doentes mostraram uma atitude positiva reconhecendo a importância do autocuidado da fístula arteriovenosa;</li> <li>• Recomenda-se a capacitação dos profissionais para que realizem sessões de formação aos doentes, tanto na sala de hemodiálise como na sala de espera, bem como a utilização de um manual escrito que facilite o processo educativo.</li> </ul>
Sousa, C. <i>et al</i> (2013)	Identificar intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado com a fístula arteriovenosa em doentes com doença renal crónica terminal	Revisão sistemática da literatura	Foram analisados 6 artigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O cuidado com a fístula arteriovenosa começa antes da construção do acesso, com o objetivo de fornecer conhecimentos básicos à pessoa doente sobre os cuidados a ter;</li> <li>• Após a construção do acesso vascular é importante alertar a pessoa para que tenha consciência dos cuidados que deverá ter diariamente com o acesso vascular para que seja capaz de prevenir e identificar possíveis complicações;</li> </ul>



				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante o processo de maturação da fístula, a pessoa deverá ser incentivada a realizar exercícios que permitam o desenvolvimento do acesso;</li> <li>• No início do tratamento de hemodiálise utilizando a fístula, os ensinamentos devem incidir sobre a importância de manter o bom funcionamento do acesso vascular, por forma a garantir a efetividade do tratamento.</li> </ul>
Sousa, C. <i>et al</i> (2015)	Desenvolver uma escala para avaliar comportamentos de autocuidado, desenvolvidos pelos doentes com doença renal crónica em estadio terminal, na preservação do património vascular antes da construção de fístulas arteriovenosas	Estudo quantitativo	90 doentes sem acesso vascular construído	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os enfermeiros têm um papel fundamental na identificação de problemas e complicações que podem comprometer o acesso vascular, bem como no ensino a pessoa sobre os cuidados a ter com o acesso;</li> <li>• A construção do acesso vascular depende da existência de património vascular em boas condições, o que frequentemente não se verifica devido a realização de inúmeros procedimentos invasivos durante o processo de doença;</li> <li>• É fundamental ensinar a pessoa a desenvolver comportamentos de autocuidado para preservar o seu património vascular antes da construção do acesso vascular, os enfermeiros têm um papel fundamental neste processo;</li> <li>• A construção de uma escala que permita avaliar os comportamentos de autocuidado antes da construção do acesso vascular torna-se pertinente com o intuito de identificar quais as intervenções adequadas a desenvolver para promover o autocuidado;</li> <li>• A escala criada poderá ser utilizada em programas educacionais para desenvolver comportamentos de autocuidado na preservação da rede vascular;</li> <li>• A utilização da escala criada permite a identificação dos doentes que se mostram capazes de assegurar o autocuidado</li> </ul>

				do seu património vascular, bem como dos que necessitam de formação adicional.
Maniva, S. e Freitas, C. (2010)	Conhecer o autocuidado de doentes em hemodiálise com a fístula arteriovenosa	Estudo qualitativo	15 doentes com fístula arteriovenosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O conhecimento da pessoa doente sobre a fístula arteriovenosa mostra-se insuficiente, nomeadamente no que diz respeito a questões como a sua construção e funcionamento;</li> <li>• Os doentes apresentavam conhecimentos sobre os cuidados a ter diariamente com a fístula, no entanto referiam ter adquirido esses conhecimentos através do contacto com outros doentes o que pode levar a aprendizagens erradas e a adoção de comportamentos desadequados;</li> <li>• Os enfermeiros têm um papel fundamental na identificação das necessidades de formação da pessoa doente, devendo esclarecer as suas dúvidas e transmitir os conhecimentos essenciais sobre a fístula arteriovenosa com o objetivo de promover o autocuidado e uma melhor adesão ao tratamento.</li> </ul>
Sousa, C. <i>et al</i> (2017)	Avaliar a frequência com que se verifica o autocuidado e os fatores que influenciam essa frequência	Estudo prospectivo e observacional	101 doentes com fístula arteriovenosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A adoção de comportamentos de autocuidado com a fístula arteriovenosa mostrou-se inferior ao desejado;</li> <li>• Identificaram-se variáveis que afetam favoravelmente o autocuidado com a fístula, tais como ser mulher, ter hipertensão, ter rins poliquísticos e a duração do acesso vascular.</li> <li>• A existência prévia de outra fístula e o facto das informações sobre os cuidados a ter com a fístula serem transmitidas pelo médico parecem influenciar negativamente a adoção de comportamentos de autocuidado com a fístula;</li> <li>• A equipa multidisciplinar deverá melhorar as estratégias utilizadas para a educação dos doentes, com o objetivo de aumentar a adoção de comportamentos de autocuidado para a manutenção a fístula arteriovenosa.</li> </ul>

Li, H; Jiang, Y. e Lin, C. (2014)	Examinar os níveis de autocuidado, em doentes em programa de hemodiálise, e discutir os fatores que influenciam o autocuidado	Estudo descritivo quantitativo	216 doentes em programa de hemodiálise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os doentes em estudo mostraram apresentar poucos conhecimentos sobre o monitor de hemodiálise e sobre os parâmetros programados pelos enfermeiros;</li> <li>• Os doentes desvalorizavam a punção do acesso vascular e a participação na escolha dos locais de punção por acreditarem sem responsabilidade exclusiva do enfermeiro;</li> <li>• No que diz respeito aos cuidados a ter com a fístula arteriovenosa, os doentes em estudo revelaram ter conhecimentos sobre os cuidados adequados com o acesso;</li> <li>• Para os doentes torna-se mais fácil adotar medidas de cuidado com o acesso vascular do que adotar comportamentos adequados no que diz respeito à dieta e à restrição hídrica;</li> <li>• Os conhecimentos dos doentes, autoeficácia, a existência de uma rede de suporte social e depressão, parecem ser os fatores que mais influenciam a adoção de comportamentos promotores do autocuidado.</li> </ul>
Richard, C. e Engelbreton, J. (2010)	Fornecer uma visão geral da vulnerabilidade do doente baseada na sua consciência do corpo, dependência, desconfiança do sistema de saúde e estigma relacionado com a fístula	Estudo etnográfico, descritivo qualitativo	14 doentes com fístula arteriovenosa ou com construção programada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os doentes renais crónicos em estadio terminal apresentam maior vulnerabilidade, visto estarem dependentes dos cuidados de saúde, dependerem da diálise para sobreviverem e dependerem da integridade do acesso vascular para garantir o tratamento;</li> <li>• Os doentes têm consciência da importância do acesso vascular para a eficácia do tratamento, referindo-se ao acesso como sendo “a linha que os liga à vida”;</li> <li>• Alguns doentes referem não saber exatamente como funciona a fístula arteriovenosa;</li> <li>• Os doentes sentem que nem sempre são bem esclarecidos sobre os cuidados a terem com o seu acesso, quer antes da sua construção, quer durante o período de desenvolvimento, ou até mesmo durante a canulação;</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apesar do conhecimento da importância de manter o acesso vascular em boas condições, por vezes a pessoa doente não se sente bem esclarecida, por parte dos profissionais de saúde, sobre quais os melhores cuidados a ter e sobre o impacto das complicações que podem surgir com o acesso vascular;</li> <li>• Os doentes sentem-se vulneráveis face à experiência e conhecimentos dos profissionais aquando da canulação do acesso vascular o que cria ansiedade e desconfiança, sempre que sentem que o seu acesso pode ser prejudicado pelas opções dos profissionais;</li> <li>• A presença do acesso vascular cria uma alteração da imagem corporal da pessoa doente o que pode fazer com que se sinta estigmatizada pelos outros, diminuindo a sua auto-estima;</li> <li>• É fundamental que os profissionais de saúde criem uma parceria com as pessoas doentes com o intuito de os envolver nos cuidados com o acesso vascular, reconhecendo os conhecimentos dos doentes sobre o seu próprio corpo e permitindo-lhes que expressem as suas emoções face ao acesso vascular e à hemodiálise.</li> </ul>
--	--	--	--	---

Após a análise dos diferentes artigos, pude verificar que é unânime o déficit de conhecimentos demonstrado pelo doente renal crónico sobre o seu acesso vascular. Nos vários estudos ficou demonstrado que os doentes têm dificuldades em compreender o funcionamento da fístula arteriovenosa e em identificar quais os cuidados a ter com o acesso com o objetivo de prevenir e identificar potenciais complicações.

De acordo com o estudo realizado por Pessoa e Linhares (2014), os doentes com fístula arteriovenosa em programa regular de hemodiálise, apresentavam conhecimentos insuficientes sobre os cuidados a ter com o acesso vascular durante a fase de maturação do mesmo, o que poderá comprometer o desenvolvimento do mesmo. Para além da falta de conhecimentos sobre os cuidados a ter durante a fase de maturação, os doentes demonstraram poucos conhecimentos sobre as complicações que podem ocorrer com o acesso vascular e como atuar perante a mesma, por exemplo no caso da ocorrência de hematomas.

Segundo os mesmos autores, apesar da falta de conhecimentos demonstrada, os doentes mostravam uma atitude positiva face aos ensinamentos realizados pelos profissionais, reconhecendo a importância do autocuidado com a fístula arteriovenosa. Verificou-se a importância da capacitação dos profissionais para a implementação de sessões de formação juntos dos doentes e famílias com o intuito de melhorar os seus conhecimentos sobre os cuidados a ter com o acesso vascular, promovendo assim o autocuidado dos mesmos.

Sousa *et al* (2013), reforça a importância dos cuidados com a fístula ao longo de todo o processo, mesmo antes da construção do acesso vascular. É fundamental que a pessoa adquira conhecimentos sobre os cuidados a ter com o seu património vascular para que o processo de construção seja facilitado. Após a construção do acesso vascular, os ensinamentos deverão focar-se nos cuidados a ter com a ferida operatória, bem como sobre a importância de avaliar o frémito e o pulso da fístula, incentivando o doente a identificar complicações precoces com a mesma. Com o início da canulação os ensinamentos deverão ser focados na importância de prevenir complicações e sobre quais os cuidados a ter quando estas surgem.

Maniva e Freitas (2010), identificam, igualmente, os conhecimentos dos doentes sobre os cuidados a ter com o acesso vascular como sendo insuficiente, no entanto

acrescentam o facto desses conhecimentos terem sido adquiridos através da partilha de experiências entre doentes o que poderá levar a adoção de comportamentos errados. De acordo com os autores, é fundamental que os profissionais estejam atentos a esta questão e que promovam o envolvimento dos doentes no seu autocuidado, esclarecendo as dúvidas e fornecendo-lhes as ferramentas adequadas para cuidarem do seu acesso.

No estudo desenvolvido por Sousa *et al* (2017), foi possível identificar alguns fatores que influenciam favoravelmente e negativamente a adoção de comportamentos de autocuidado com a fístula. O conhecimento, por parte dos profissionais de saúde destes fatores permite uma melhor adequação das estratégias de formação utilizadas juntos dos doentes com o objetivo de promover o autocuidado.

Segundo Li e Jiang (2014), os doentes parecem desvalorizar a sua participação no momento da canulação, referindo ser da inteira responsabilidade do enfermeiro. De acordo com o estudo desenvolvido pelos autores, os doentes, embora apresentem conhecimentos insuficientes sobre os cuidados a ter com o seu acesso vascular, parecem ter maior facilidade em adotar os comportamentos adequados, promovendo assim o autocuidado do acesso vascular. Por sua vez, os doentes referem maior dificuldade em adotar comportamentos adequados no que diz respeito aos cuidados a ter com a alimentação e a ingestão hídrica.

De acordo com Richard e Engebretson (2010), os doentes renais crónicos apresentam-se vulneráveis, visto dependerem dos cuidados de saúde, do tratamento de hemodiálise e da integridade do acesso vascular. Apesar de terem consciência da importância do acesso vascular para a manutenção do tratamento, os doentes referem dúvidas sobre o funcionamento do mesmo e sobre os cuidados a terem para prevenir complicações. Os doentes valorizam a experiência dos profissionais de saúde, negligenciando a sua própria experiência com o seu corpo e com o seu acesso, participando pouco no autocuidado. A criação de uma parceria de cuidados entre enfermeiros e doentes revelou-se, mais uma vez, como sendo um elemento chave para o sucesso do tratamento e para a promoção do autocuidado.

Na minha prática profissional e durante o estágio realizado, pude verificar que efetivamente os doentes apresentam poucos conhecimentos sobre os cuidados a ter com o acesso vascular durante a fase de maturação do mesmo, bem como sobre as complicações que poderão surgir com o acesso vascular ao longo dos tratamentos.

A partilha de experiências entre os doentes, durante as sessões e na sala de espera, é frequente, levando muitas vezes à criação de mitos e ideias erradas sobre os cuidados a ter com o acesso vascular, o que pode por em risco o mesmo.

Frequentemente assisti a situações em que o doente se sente desvalorizado pelo enfermeiro, que não envolve a pessoa nos cuidados, impondo os seus conhecimentos e a sua vontade, nomeadamente no momento da canulação.

É fundamental que o enfermeiro envolva o doente no seu processo de cuidados, em todas as fases da construção acesso vascular, alertando-o para os cuidados a ter em cada momento, bem como para os sinais de alerta que poderão indicar a presença de complicações. A adoção de comportamentos de autocuidado torna-se fundamental na manutenção do acesso vascular.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Li, H., Jiang, Y. & Lin, C. (2014). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 208-216.

Maniva, S. J. C. F. & Freitas, C. H. A. (2010). O Paciente em Hemodiálise: Autocuidado com a Fístula Arteriovenosa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11 (1), 152-160.

Pessoa, N. R. C. & Linhares, F. M. P. (2015). Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19 (1), 73-79.

Richard, C. J. & Engebretson, J. (2010). Negotiating Living with an arteriovenous Fistula for Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 27 (4), 363-375.

Sousa, C. N., Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Martins, M. M., Dias, V. F. (2003). Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1796-1802.

Sousa, C. N., Figueiredo, M. H., Dias, V. F., Teles, P. & Apóstolo, J. L. (2015). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviors anticipatory to creation of arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3674-3680.

Sousa, C. N., Marujo, P., Teles, P., Lira, M. N. & Novais, M. E. L. M. (2017). Self-care on Hemodialysis: Behaviors with the arteriovenous fistula. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 1-5.

The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition*. The Joanna Briggs Institute.



**Apêndice II – apresentação de *Power Point* – Autocuidado na  
Manutenção do Acesso Vascular para Hemodiálise**

# AUTOCUIDADO NA MANUTENÇÃO DO ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE

Ana Soraia Silva  
Janeiro de 2017

## OBJETIVOS

- Definir o conceito de Autocuidado em enfermagem
- Identificar os diferentes tipos de acesso para hemodiálise
- Identificar os cuidados específicos dirigidos a cada acesso
- Analisar a importância do autocuidado para a manutenção do acesso vascular para hemodiálise





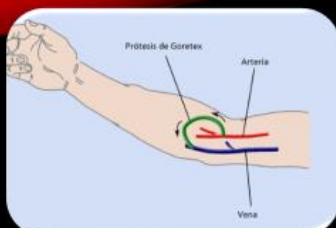
# Autocuidado

## AUTOCUIDADO

- “o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.” (Orem, 2001).
- “a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal.” (Queirós, Vidinha e Filho, 2014, p.159).

## ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE

### Fístula Arteriovenosa (FAV)



## ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE

- Enxerto Arteriovenoso (EAV)

## ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIALISE

- Cateter provisório para hemodiálise
- Cateter de hemodiálise de longa duração



## CUIDADOS A TER COM A FAV/EAV

Não usar roupa muito apertada

Não usar pulseiras ou relógios

Não carregar objetos muito pesados (máximo 5kg)

Não realizar atividades que exijam muito esforço

Realizar a hemóstase

## CUIDADOS A TER COM A FAV/EAV

Lavar o acesso com água e sabão antes da sessão de HD

Retirar os pensos do acesso no dia seguinte à sessão de HD

Não permanecer deitado por longos períodos de tempo sobre o braço

Não permitir que seja colhido sangue ou avaliada a tensão arterial

## SINAIS DE ALERTA

Quente

Vermelho

Duro

Edema

Sem frémito

Saída de exsudado

Febre

Hemorragia





## CUIDADOS A TER COM O CATETER CENTRAL

Não usar roupa muito apertada

Evitar molhar o penso do cateter durante os cuidados de higiene, protegendo-o com um plástico fixo com adesivo.

Nos cateteres localizados na perna, evitar atividades que impliquem dobrar com frequência as pernas (ex andar de bicicleta).

## CUIDADOS A TER COM O CATETER CENTRAL

Observar com frequência o penso para garantir que não está descolado ou sujo.

Se o penso estiver descolado ou com vestígios de sangue contactar o centro de diálise.

Evitar ambientes de risco (locais com muito pó, exposição direta ao sol, piscinas, saunas).

## PROMOVER O AUTOCUIDADO

- "Os enfermeiros devem (...) ensinar a pessoa a cuidar do seu acesso vascular." (NKF-K/DOQI, 2006)
- "Enfâse no ensino ao doente sobre como cuidar do seu acesso vascular" (NKF-K/DOQI, 2006)
- "É essencial ensinar a pessoa a desenvolver comportamentos de autocuidado para a preservação do património vascular." (Sousa *et al*, 2015)

## PROMOVER O AUTOCUIDADO

- Contato frequente com a pessoa;
- Elevado nível de conhecimentos sobre os acessos vasculares;
- Elemento de referência para a pessoa doente;
- Acompanhamento ao longo do processo de construção do acesso;
- Papel fundamental na prevenção de complicações.



## PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

Trombose

Infeção

Aneurisma

Isquemia da  
mão

Hemorragia

Hematoma



## DÚVIDAS



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NKF-K/DOQI (2006). Clinical practice guidelines for vascular access: update. *American Journal Kidney Diseases*, 48 (Supple. 1), S176-S276.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S. & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 157-164.
- Sousa, C. N. (2012). Caring for the person arteriovenous fistula: model for continuous improvement. *Portuguese Journal Public Health*, 30, 11-17.
- Sousa, C. N., Figueiredo, M. H., Dias, V. F., Teles, P. & Apóstolo, J. L. (2015). Construction and validation of a scale of assessment of self-care behaviors anticipatory to creation of arteriovenous fistula. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 3674-3680.

**Apêndice III – Folheto sobre o Autocuidado com a Fístula e Enxerto  
Arteriovenoso**

## Cuide do seu acesso

É o seu acesso vascular para hemodiálise que o liga à vida, garantindo a realização dos tratamentos.

Cuide do seu acesso e não se desligue da vida!



## ► Hospital B

Trabalho elaborado por Ana Soraia Silva no âmbito do 7º Curso de Pós -licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica vertente Nefrológica. Janeiro de 2017

## Hospital B

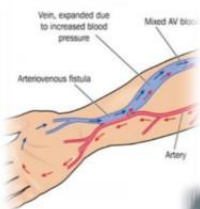
Hospital de Dia Médico - Unidade de Dialise

## Cuidar do acesso vascular para hemodiálise—Fístula/Prótese



## O que é um acesso vascular para hemodiálise?

Para a realização do tratamento de hemodiálise (HD) é necessário aceder à corrente sanguínea da pessoa doente. Para tal é necessário construir um acesso vascular para hemodiálise, que poderá ser uma Fístula Arteriovenosa (FAV) ou um Enxerto Arteriovenoso (EAV). A fístula ou o enxerto são fundamentais para a realização do tratamento e a sua manutenção exige cuidados especiais.



### Cuidados a ter com a FAV/EAV

- \* Não usar roupa muito apertada;
- \* Não usar pulseiras ou relógios;
- \* Não carregar objetos muito pesados (máximo 5kg);
- \* Não realizar atividades que exijam muito esforço;
- \* Realizar a hemostase durante 10 minutos para cada punção;
- \* Lavar o acesso com água e sabão antes da sessão de HD;
- \* Retirar os pensos do acesso no dia seguinte à sessão de HD;
- \* Não permanecer deitado por longos períodos de tempo sobre o braço;
- \* Não permitir que seja colhido sangue ou avaliada a tensão arterial.

### Sinais de alerta:

- |               |                        |
|---------------|------------------------|
| * Calor       | * Sem frémito          |
| * Vermelhidão | * Com saída de líquido |
| * Duro        | * Febre                |
| * Inchaço     |                        |

Avalie diariamente o seu acesso, em caso de identificar algum dos sinais de alerta contate de imediato o seu de diálise de referência.

### Principais complicações:

- Trombose
- Infecção
- Aneurisma
- Isquemia da mão
- Hemorragia
- Hematoma



Estas complicações podem surgir com o decorrer dos tratamentos, é importante que saiba da sua existência e que garanta os cuidados necessários ao seu acesso para evitar o seu aparecimento.

Lembre-se que a equipa de profissionais da sua unidade de hemodiálise estará sempre disponível para o ajudar a cuidar do seu acesso, esclarecendo dúvidas e garantindo cuidados de excelência evitando complicações e promovendo o sucesso do tratamento.

**Apêndice IV – Avaliações qualitativas obtidas nos diferentes locais de estágio**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM**  
**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA**

**AValiação DO Estágio COM RelatÓrio**  
**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:**

A Ana Soraia desenvolveu o seu estágio na Unidade de Diálise Peritoneal  
le forma assídua durante duas se  
decorrer do seu estágio acompanhou a realização de alguns procedimentos  
específicos da UDP.  
Como era uma área desconhecida para si, optou por realizar um estágio de observação, tendo-se, no entanto,  
demostrado sempre interessada, e colocando questões pertinentes.  
Acompanhou a realização de ensino/reensino ao doente e família, no decorrer da consulta de DP, ou quando recorrem á  
Unidade em situação de urgência.  
Integrou-se com relativa facilidade na equipa da UDP, e apresentou boa relação com o doente e família.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 - Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data:  
04-11-2016

Data:  
04-11-2016

Estudante

Ana Soraia Silva

Ana Soraia





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

### AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Ent. Ana Sofia Silva, foi assídua durante o estágio no serviço C. Geral - Transplantar Te; demonstrou interesse pela vivência de situações de emergência

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 25/11/2016

Assinatura

Data: 25/11/2016

Estudante

Ana Sofia Teixeira de Sá

Assinatura



## AValiação DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A En.ª Ana Sofia da Silva durante o período de estágio no Hospital de Dia Nélcio Mendes uma atitude proativa, procura executar as suas funções com qualidade e rigor. Apresenta boas competências técnicas do corpo clínico médico e suas terapêuticas de substituição. Realiza uma cuidada supervisão e prestação intensiva na equipa. Durante o estágio elaborou uma ação de formação no âmbito da autoridade das ações voluntárias elaborou um trabalho de um planeamento para o serviço, com outras atividades. Fazu no exposto, considero que a En.ª Ana Sofia tem uma avaliação qualitativa de Muito Bom (17-20 val.).

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 23/1/2012

Data: 23/1/2012

Estudante

Ana Sofia Teixeira Vaz da Silva

Ana Sofia